

Кокун О.М. Особливості негативних психічних станів військовослужбовців / О.М. Кокун, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська // Вісник Національного університету оборони України. - 2014. - Вип. 5 (42). - С. 262 - 267.

УДК 159.9.072.42 : 159.97

Кокун О.М., доктор психологічних наук, професор, головний науковий співробітник Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України
Kokun O.M., Doctor of Psychology, Professor, Senior Scientist of Humanitarian problems' Research Centre of the Armed Forces of Ukraine

Пішко І.О., начальник науково-дослідної лабораторії Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України
Pischko I.A. Head of the Research Laboratory of Humanitarian problems' Research Centre of the Armed Forces of Ukraine

Лозінська Н.С., старший науковий співробітник Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України
Lozinska N.S. senior research worker of Humanitarian problems' Research Centre of the Armed Forces of Ukraine

ОСОБЛИВОСТІ НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ FEATURES OF SERVICEMEN'S NEGATIVE MENTAL STATES

Резюме.

В статті викладено результати емпіричних досліджень, що характеризують особливості вияву негативних психічних станів військовослужбовців. В них взяло участь 357 військовослужбовців (276 продіагностовано під час підготовки до участі у бойових діях, 81 – після цього). На основі здійсненого аналізу визначено основи здійснення моніторингу виникнення у військовослужбовців негативних психічних станів.

Ключові слова: негативні психічні стани, військовослужбовці, моніторинг.

Резюме.

В статье изложены результаты эмпирических исследований, характеризующие особенности проявления негативных психических состояний военнослужащих. В них приняло участие 357 военнослужащих (276 продиагностировано при подготовке к участию в боевых действиях, 81 - после этого). На основе проведенного анализа определены основы осуществления мониторинга возникновения у военнослужащих негативных психических состояний.

Ключевые слова: негативные психические состояния, военнослужащие, мониторинг.

Summary.

The results of empirical studies, designed to assess the features of servicemen's negative mental states are described in the article. The study involved 357 servicemen (276 diagnosed in process of preparation for participation in the military actions and 81 - after this). The results show that servicemen's negative mental states are asynchronously. The highest expression of state servicemen's negative mental states registered on a Scale assessing the impact of traumatic events (all three measures) and Traumatic stress questionnaire (for the vast majority of indicators, including the two main). The framework for monitoring servicemen's negative mental states is set out based on the analysis.

Keywords: negative mental conditions, servicemen, monitoring.

Постановка проблеми. Події, які відбуваються в Україні останній рік, зокрема, активне залучення ЗС України до проведення антитерористичної операції, зумовлюють необхідність посилення уваги військових психологів до вияву у військовослужбовців негативних психічних станів внаслідок впливу екстремальних чинників бойової діяльності. Важливість досліджень у цьому напрямі зумовлена, з одного боку, необхідністю попередження виникнення у військовослужбовців подібних станів, а з іншого – практично повною відсутністю характеристики особливостей вияву таких станів в українських військовослужбовців, які виконують різноманітні бойові задачі у «гарячих точках» нашої країни.

Аналіз наукових публікацій. До негативні психічних станів, які негативно впливають на виконання різних видів діяльності, найчастіше відносять такі як стрес, нервово-психічна напруга, стомлення, депресія, тривога та ін. [3].

І фахівці, і не фахівці, як правило, пов'язують поняття стресу з дією факторів, що погіршують психічне та фізичне здоров'я людини. Зміст цього поняття істотно розширилося і використовується для характеристики особливостей станів індивіда в екстремальних умовах на фізіологічному, психологічному і поведінковому рівнях [5]. Стрес можна визначити як стан, що виникає в результаті невідповідності “внутрішніх” можливостей людини умовам і вимогам її діяльності і який може призвести як до зниження ефективності діяльності, так і до негативних наслідків для психічного і фізичного здоров'я людини [3].

Нервово-психічна напруга розглядається як загальна реакція організму при зміні стереотипу діяльності і найбільш різко виявляється при реальній або уявній загрозі життю або здоров'ю. Вона може виявлятися у двох формах зрушень: за типом наростання збудження, або за типом розвитку гальмівних реакцій. Небезпека такого стану для особистості й колективу полягає в тому, що він призводить до дезорганізації поведінки, гальмування раніше напрацьованих навичок, негативних реакцій на зовнішні подразнення, труднощів у розподілі уваги, звуження обсягу уваги та пам'яті, імпульсивних дій (що, природно, негативно позначається на виконанні діяльності [4].

Найчастіше зустрічається розуміння стомлення як “тимчасового зниження працездатності під впливом тривалого впливу навантаження” [5]. Розрізняють фізичне й розумове стомлення, гостре і хронічне. Хронічне стомлення виникає у випадках, коли тривалість чи повноцінність періодів відпочинку недостатні і відбувається накопичення втоми [4]. Стомлення є цілком природним, нормальним явищем, а яскраво вираженим негативним станом для виконання діяльності є перевтома.

Депресія являє собою психічний стан, що характеризується зниженням настрою і втратою здатності переживати радість (ангедонія), порушеннями мислення (негативні судження, песимістичний погляд на події тощо), руховою загальмованістю. Для депресії властива знижена самооцінка, спостерігається втрата інтересу до життя і звичної діяльності. В деяких випадках людина, що страждає нею, може почати зловживати алкоголем чи іншими психотропними речовинами [6].

За Ф.Б. Березіним, "тривожний ряд" складають шість послідовних станів, що змінюють один одного по мірі наростання тривоги: 1) відчуття внутрішньої напруженості, настороженості, душевного дискомфорту; 2) гіперестезичні реакції; 3) власне тривога; 4) страх; 5) відчуття невідворотності катастрофи; 6) тривожно-боязке збудження [1].

Основним, інтегральним чинником виникнення у людини в процесі виконання діяльності різних негативних психічних станів можна вважати невідповідність її індивідуальних особливостей та кваліфікації умовам та завданням цієї діяльності [3].

Чинники, які в процесі виконання військово-професійної діяльності можуть зумовлювати стресовий вплив поділяють на специфічні і неспецифічні. До першої групи відносять: ситуації, що загрожують життю і фізичній цілісності військовослужбовців; поранення, контузії, травми, каліцтва; загибель близьких людей і товаришів по службі; жахливі картини смерті і людських мук; події, у результаті яких постраждали честь і гідність військовослужбовця. До другої групи відносяться такі стресори: підвищений рівень перманентної потенційної загрози для життя; тривала напружена діяльність; тривала депривація

основних біологічних і соціальних потреб; різкі і несподівані зміни умов служби і життєдіяльності; важкі екологічні умови життєдіяльності; відсутність контактів з близькими; неможливість змінити умови свого існування; інтенсивні і тривалі міжособистісні конфлікти; підвищена відповідальність за свої дії; потенційна можливість фізичних і моральних страждань заради досягнення цілей, неясних для військовослужбовця [2].

Формулювання мети статті. У даній статті ми викладемо результати наших емпіричних досліджень, що характеризують особливості вияву негативних психічних станів військовослужбовців, які були задіяні в АТО впродовж травня-серпня 2014 р.

Викладення основних результатів дослідження. Дослідження проводились впродовж травня-серпня 2014 р. В них взяло участь разом 357 військовослужбовців. З них 276 було продіагностовано під час підготовки до відправлення в зону АТО; 81 – після участі у бойових діях в зоні АТО.

У дослідженнях використовувався такий методичний інструментарій:

1. Методика диференційної діагностики депресивних станів В.О. Жмурова.
2. Шкала оцінки рівня реактивної і особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна.
3. Методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна.
4. Багаторівневий особовий опитувальник (БОО) “Адаптивність-200”.
5. Шкала оцінки впливу травматичної події.
6. Опитувальник травматичного стресу (В. Котеньова).

Внаслідок складності організації проведених досліджень не всі військовослужбовці пройшли діагностику за повним набором діагностичного інструментарію, що відповідно буде відображатись далі у таблицях із узагальненими кількісними результатами.

Спочатку проаналізуємо порівняльні результати, отримані за першими 4-ма методиками. У таблиці 1 подані достовірні відмінності діагностичних показників двох груп військовослужбовців (які участі у бойових діях не брали та після участі у бойових діях в зоні АТО).

Таблиця 1

Достовірні відмінності діагностичних показників двох груп військовослужбовців, які готувалися до участі у бойових діях (група А) та вже брали участь у бойових діях в зоні АТО (група Б)

№	Показники	Група	N	M	t	p≤
1	Самопочуття	А	109	54,14	-2,30	0,05
		Б	72	60,24		
2	Активність	А	109	49,92	-3,47	0,001
		Б	72	59,04		
3	Рівень стійкості до бойового стресу	А	134	5,71	2,09	0,05
		Б	53	5,02		
4	Поведінкова регуляція	А	134	5,61	2,88	0,001
		Б	53	4,68		
5	Військово-професійна спрямованість	А	134	6,15	3,73	0,001
		Б	53	4,96		

Примітка: показники № 1 та 2 отримано за методикою шкалової самооцінки психофізіологічного стану, № 3 - 5 – за БОО “Адаптивність-200”.

Отже, виявилось, що із 13 діагностичних показників 4-х психодіагностичних методик, які було враховано в аналізі, достовірні відмінності між двома загальними вибірками було зафіксовано за 5-ма показниками 2-х методик (2 показники методики шкалової самооцінки психофізіологічного стану і 3 показники методики БОО “Адаптивність-200”).

Отримані результати, на нашу думку, є досить показовими і наочно демонструють окремі тенденції вияву та динаміки негативних психічних станів військовослужбовців, як у період підготовки їх до участі у бойових діях, так і у період після цього.

Так такі взаємопов'язані показники самооцінки психофізіологічного стану як «самопочуття» та «активність» виявилися достовірно вищими у вибірці військовослужбовців, які щойно повернулися після участі важких бойових діях в зоні АТО, не зважаючи на їх об'єктивну виснаженість. На нашу думку, це, з одного боку пояснюється зниженням психічної напруги цієї вибірки після виведення із зони бойових дій. А з іншого – підвищеною такою напругою у вибірці військовослужбовців, які готуються до відправки в зону АТО, зумовленою невизначеністю майбутнього при цілком реальному передбаченні високого рівня загрози життю та здоров'ю кожного з них. Адже середні значення цих показників («самопочуття» – 54,14, «активність» – 49,92) в них більше ніж на 10 балів є нижчими за середньостатистичні показники різних професійних категорій дорослих чоловічої статі.

У той же час, вибірка військовослужбовців, яка брала участь у бойових діях, має достовірно нижчий інтегральний показник методики БОО «Адаптивність-200» "рівень стійкості до бойового стресу", а також ще два показники цієї методики – "поведінкова регуляція" та "військово-професійна спрямованість". Це свідчить про певне зниження адаптаційних можливостей військовослужбовців після участі у бойових діях, зменшення рівня відповідності їх вимогам, що ставляться до військовослужбовців в умовах бойової діяльності, зниження в них бажання продовжувати службу діяльність у таких умовах.

Лише 59% військовослужбовців після участі у бойових діях мають високий або достатній рівень стійкості до бойового стресу, серед тих, хто такої участі не брав цей відсоток істотно вищий – 76%. Так само, високий або достатній рівень поведінкової регуляції мають 55% військовослужбовців після участі у бойових діях і 72% до неї; відповідно, такий рівень показників військово-професійної спрямованості становить 64% та 85%. У будь якому випадку, слід звертати увагу на військовослужбовців, які мають 1 – 4 стени за всіма показниками Багаторівневого особового опитувальника (БОО) «Адаптивність-200». Вони відносяться до "групи ризику", яка не може ефективно виконувати свої службові обов'язки. У загальній вибірці досліджуваних військовослужбовців, за показниками, за якими виділені за критерієм участі у бойових діях вибірки достовірно не відрізняються, їх кількість склала: за комунікативної компетентністю – 26%; за моральною нормативністю – 22%; за девіантними формами поведінки – 26%; за суїцидальним ризиком – 32%.

Тобто, ми бачимо, що вияв негативних психічних станів у військовослужбовців, які готувалися до відправки в зону АТО, у першу чергу, відобразився у порівняному зниженні показників самооцінки психофізіологічного стану («самопочуття» та «активності»). Як показала діагностика військовослужбовців відразу після повернення із зони бойових дій, негативні психічні стани в них ще тільки починають виявлятися.

Психічне виснаження під час бойових дій природним чином призвело до зниження в них рівня стійкості до бойового стресу. У той же час, депресивні тенденції, підвищення тривожності, зниження рівня самооцінки різних параметрів власного психофізіологічного стану ще не набули відчутного прояву. Подібний вияв внаслідок бойового стресу у різних симптомах посттравматичних стресових розладів, як відомо, може починати виявлятися через певний час після дії стресу і тривати довгий період – місяці й роки.

Вищевикладене переконливо підтверджується й порівнянням діагностичних результатів 2-х вибірок для діагностики яких було застосовано декілька методик безпосередньо спрямованих на діагностику стресових розладів, які не використовувалися в інших дослідженнях (таблиця 2).

Таблиця 2

Достовірні відмінності діагностичних показників двох вибірок військовослужбовців, які не брали участі у бойових діях (вибірка 1 та після повернення із зони бойових дій в зоні АТО (вибірка 2))

№	Показники	Вибірка	N	M	t	p≤
1	Вторгнення	1	133	7,38	-3,26	0,001
		2	36	11,25		
2	Уникнення	1	133	10,26	-2,99	0,01
		2	36	14,75		
3	Фізіологічне збудження	1	133	5,56	-4,67	0,001
		2	36	10,78		
4	В – повторне переживання травми (вторгнення)	1	66	48,36	-4,88	0,001
		2	14	63,52		
5	С – уникнення	1	66	50,85	-2,26	0,05
		2	14	59,41		
6	D – гіперактивація	1	66	53,24	-3,91	0,001
		2	14	64,18		
7	F – дистрес і дезадаптація	1	66	54,76	-3,73	0,001
		2	14	64,09		
8	Посттравматичний стресовий розлад	1	66	99,29	-4,89	0,001
		2	14	127,2		
9	b – дисоціативні симптоми	1	66	53,06	-4,39	0,001
		2	14	67,64		
10	с – повторне переживання травми (вторгнення)	1	66	46,91	-4,24	0,001
		2	14	59,59		
11	e – симптоми гіперактивації	1	66	52,33	-3,96	0,001
		2	14	63,66		
12	f – дистрес і дезадаптація	1	66	56,58	-4,07	0,001
		2	14	67,82		
13	Гострий стресовий розлад	1	66	99,00	-5,34	0,001
		2	14	128,3		

Примітка: показники № 1 - 3 отримано за Шкалою оцінки впливу травматичної події, № 4 - 13 за Опитувальником травматичного стресу (В. Котеньова).

В результаті цих досліджень було встановлено (як свідчать результати вищенаведеної таблиці), що військовослужбовці, які брали участь у бойових діях в зоні АТО мають істотно вищий вияв негативних психічних станів за всіма трьома показниками Шкали оцінки впливу травматичної події та переважною більшістю показників, у тому числі й за двома основними, Опитувальника травматичного стресу.

Якщо показники Шкали оцінки впливу травматичної події «вторгнення», «уникнення» та «фізіологічне збудження» вибірки військовослужбовців, які не брали участі у бойових діях знаходяться у межах норми для військовослужбовців, то ці показники військовослужбовців, які брали участь у бойових діях в зоні АТО, вже значно цю норму перевищують, досягнувши рівня показників таких категорій як біженці та ліквідатори.

Так само, ми бачимо, що ця вибірка має вищий рівень вираженості як узагальнених показників посттравматичного та гострого стресового розладу, так і показників їх окремих симптомів (вторгнення, уникнення, гіперактивація, дистрес і дезадаптація).

Зокрема, встановлено істотне перевищення кількості військовослужбовців із високими рівнями «вторгнення», «уникнення» та «фізіологічного збудження» після участі у бойових діях в зоні АТО у порівнянні із тими, які участі у бойових діях не брали. Так, як-

що у перших високий рівень «вторгнення» зафіксовано у 42%, то у других – лише у 14%. Відповідно, за «уникненням» такий рівень мають 64% і 32%, за «фізіологічним збудженням» – 44% і 8%.

Знову ж таки повторимо, що вияв різних посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців внаслідок бойового стресу може спостерігатися впродовж тривалого періоду.

До вищевикладених результатів слід зауважити, що у дослідженнях не брали участь поранені під час бойових дій. Діагностика такого контингенту, звичайно, що дала би зовсім іншу картину щодо вияву негативних психічних станів.

Висновки. В результаті досліджень встановлено, що вияв негативних психічних станів у військовослужбовців, які готувалися до відправки в зону АТО, у першу чергу, відобразився у порівняному зниженні показників самооцінки психофізіологічного стану («самопочуття» та «активності»). Як показала діагностика військовослужбовців відразу після повернення із зони бойових дій, різні негативні психічні стани в них починають виявлятися асинхронно. Зокрема, депресивні тенденції, підвищення тривожності, зниження рівня самооцінки різних параметрів власного психофізіологічного стану ще не набули відчутного прояву.

Однак, психічне виснаження внаслідок участі у бойових діях природним чином призвело до певного зниження в них рівня стійкості до бойового стресу – лише 59% військовослужбовців після участі у бойових діях мають високий або достатній рівень стійкості до бойового стресу. Серед тих, хто такої участі не брав цей відросток істотно вищий – 76%. Так само, високий або достатній рівень поведінкової регуляції мають 55% військовослужбовців після участі у бойових діях і 72% до неї; відповідно, такий рівень показників військово-професійної спрямованості становить 64% та 85%. У будь-якому випадку, слід звертати увагу на військовослужбовців, які мають 1 – 4 стени за всіма показниками Багаторівневого особового опитувальника (БОО) «Адаптивність-200». Вони відносяться до "групи ризику", яка не може ефективно виконувати свої службові обов'язки.

Найвищий вияв негативних психічних станів військовослужбовців, які брали участь у бойових діях в зоні АТО, зафіксовано за Шкалою оцінки впливу травматичної події (за всіма трьома показниками) та Опитувальником травматичного стресу (за переважною більшістю показників, у тому числі й за двома основними).

Якщо показники Шкали оцінки впливу травматичної події «вторгнення», «уникнення» та «фізіологічне збудження» вибірки військовослужбовців, які не брали участі у бойових діях знаходяться у межах норми для військовослужбовців, то ці показники військовослужбовців, які брали участь у бойових діях в зоні АТО, вже значно цю норму перевищують, досягнувши рівня показників таких категорій як біженці та ліквідатори. Зокрема, серед них високий рівень «вторгнення» зафіксовано у 42%, а у тих, хто не брав участі у бойових діях лише у 14%. Відповідно, за «уникненням» такий рівень у двох виділених групах мають 64% і 32%, за «фізіологічним збудженням» – 44% і 8%.

Так само група військовослужбовців, які брали участь у бойових діях має істотно вищий рівень вираженості як узагальнених показників посттравматичного та гострого стресового розладу, так і показників їх окремих симптомів (вторгнення, уникнення, гіперактивація, дистрес і дезадаптація).

Підкреслимо, що вияв різних посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців внаслідок бойового стресу може спостерігатися впродовж тривалого періоду. До вищевикладених результатів слід зауважити, що у дослідженнях не брали участь поранені під час бойових дій. Діагностика такого контингенту, звичайно, що дала би зовсім іншу картину щодо вияву негативних психічних станів.

Вирішення проблеми діагностики негативних психічних станів військовослужбовців містить дві основні складові: 1) підбір інформативного діагностичного інструментарію; 2) відповідний спосіб організації діагностичних досліджень, спрямований фіксацію

всіх фаз динаміки різних асинхронно виникаючих негативних психічних станів військовослужбовців.

Щодо діагностичного інструментарію, то апробована у здійсненому дослідженні батарея психодіагностичних методик цілком придатна для інформативної діагностики негативних психічних станів військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях. При діагностиці таких станів військовослужбовців у мирний час вона може бути дещо зменшена.

Щодо способу організації діагностичних досліджень, то очевидно що фіксацію всіх фаз динаміки різних асинхронно виникаючих у військовослужбовців негативних психічних станів внаслідок впливу різної сили бойового стресу можливо здійснити лише за допомогою моніторингу.

Моніторинг виникнення у військовослужбовців негативних психічних станів можна розуміти як постійне, тривале відстеження динаміки показників різних психічних станів військовослужбовців з метою фіксації чи прогнозування моментів критичних відхилень від оптимальних характеристик станів з метою негайного застосування коригувальних заходів.

При цьому методики, що мають відносний експерс-характер застосовуються із більшою частотою – не менше одного разу на тиждень. Більш трудомісткі методики, які фіксують ознаки психічних станів, що змінюються повільніше, можна застосовувати рідше – раз на 1- 3 місяці, або відразу після впливу сильної стресової події (подій) і регулярно 1 раз на 2 – 3 тижні після цього.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці практичних засад моніторингу та корекції виникнення у військовослужбовців негативних психічних станів.

Література

1. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. - Л.: Наука, 1988. - 270 с.
2. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. О.В. Тімченка - К.: ТОВ "Август Трейд", 2007. - 502 с.
3. Кокун О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: Монографія. - К.: Міленіум, 2004. - 265 с.
4. Корольчук М.С. Психофізіологія діяльності / Підручник для студентів вищих навчальних закладів. - К.: Ельга, Ніка-Центр, 2003. - 400 с.
5. Леонова А.Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса // Вестник Моск. ун-та. - Сер. 14. Психология. - 2000. - № 3. - С. 4 - 21.
6. Тиганов А.С., Снежневский А. В., и др. Руководство по психиатрии / Под ред. академика РАМН А.С. Тиганова. - М.: Медицина, 1999. - Т. 1. - С. 555-636. - 712 с.